

福岡工業大学 機関リポジトリ

FITREPO

Title	フランスにおける安楽死立法の最近の動向：終末期医療の諸相
Author(s)	大河原良夫
Citation	福岡工業大学研究論集 第45巻2号(通巻69号) P65-P90
Issue Date	2013-2
URI	http://hdl.handle.net/11478/1274
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher

Fukuoka Institute of Technology

フランスにおける安楽死立法の最近の動向

—終末期医療の諸相—

大河原良夫 (社会環境学部)

Against Proposed Active Euthanasia Legislation in France

Yoshio ÔKAWARA (Faculty of Social & Environmental Studies)

Abstract

This paper aims to observe and analyze the au courant legislative scene in the French Senate. Legalization advocates argue that individual self-determination and the well-being of seriously ill people justify permitting active euthanasia and assisted suicide (AE & AS). Legalization opponents argue that differences in intent, causation, and act versus omission furnish compelling moral grounds for retaining legal rules against AE & AS. Opponents also stress several potential negative consequences of legalization i.e. so-called “slippery slope” problems. In considering the justifications for laws prohibiting AE & AS, judge-made laws have discussed national interests in protecting life and preventing suicide. From our observations so far, it doesn't seem that their accounts are not persuasive and they support too much national control over individual freedom.

Key words: *End of life care, active euthanasia, physician-assisted suicide, right to die, arguments for and against Legalization, individual self-determination, well-being of seriously ill patient, pain (douleur, souffrance), ADMD.*

1. フランスにおける「死ぬ権利」主張の台頭

1.1 フランスの揺らぎとヨーロッパ——はじめに

われわれ・人は、生・老・衰・病・死の自然の過程において、だれもが生命終期に直面する。病を患った者(患者)が人生終末期を迎えたとき、あるいは不治の病、軽減できない痛みを直面したとき、終末期の諸相に応じた、あるいはまた、その人生——QOLの高かった偉人にしろ、そうでもなかった凡人にしろ——に応じて、延命治療・緩和治療・安楽死などの医療実務ないし実践と向き合うことになる。

現在、フランスは、終末期医療について、強い倫理的要請を保持しそれを法定している。すなわち、終末期医療——延命はしない・痛みを放置しない・安楽死はしない——の三原則を中心に構成されたコンセンサスにたどり着いたと見ることができよう。2005年患者の権利及び終末期法 (LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n° 95 du 23 avril 2005 page 7089) (以下、「終末期法」ないし「末期患者権利法」という)によるデリケートな均衡状態をこれまでのところ

保っているように見えるからである。

だが、フランス国内では、生きる権利のコロラリーとしての「死ぬ権利」(幫助を受けて)の主張が広がっている。上記三原則を打ち出した終末期法は、とりわけ安楽死合法化(主観的権利としての安楽死)を目指す団体圧力(L'Association pour le droit de mourir dans le dignité, ADMD)によって繰り返される攻撃の対象とされ、もともと脅威にさらされているのが、前掲三原則のうちの三つ目の原則なのである。安楽死を認め、患者自身が耐え難いと判断した状態を終わらせる意思で、自分の生命を終わらせる権利を創設するという運動やその考え方は、いわば患者以外の外野席からの「死ぬ権利」の主張によって、一般世論に次第に賛意を得てきている。とりわけ、ADMDによる魅力的な・耳障りのいい人を引きつける概念(自己決定権、尊厳、QOL)の使用やロビーイング(一貫して法案を出し続け、1989～2004年に12本、2009年以来少なくとも上下両院に5本が提出されている [Legros b, p.306] [Livre blanc (なお、後出三法案が皆似通っているとして統一法案化がなされることになるが、ここには、議員提出法案の大元となるモデル法が載せられている。58頁)]), それに応ずる議員の立法活動、そして、メディアによる、惻隠の情に訴える「死ぬ権利」を認めない非情な社会で苦しむ殉教犠牲者報道、誰

にでも将来不可避的に起きるこれまで自然の出来事であった老病衰死の恐怖・タブー化報道、恐ろしい病院死の印象づけ等々。そして、本年（2012年）4月大統領選挙での候補者のプログラムに争点の一つとして突如現れるほどであった [Programme de François Hollande]。

他方、ヨーロッパに目を転ずると、そこでの動向は、これとは反対方向の展開を示している。欧州評議会・議員会議は、2012年1月25日の決議1859号 (l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Res. n.1859) において、「事前の意思表示による人権と尊厳の保護」の文脈の中で、構成47ヶ国において「安楽死は常に禁止される」と明言して、黙示のうちに、安楽死を合法化 (légalisation 非刑罰・刑法犯化) している3国 (オランダ・ベルギー・ルクセンブルグ [生命倫理学会 p.46-50]) の孤立化を印象づけた。この決議は構成国を拘束するものではないが、強い誘因動機づけの価値はある。2009年には、緩和治療の発展を「患者の権利の本質的支柱」とするよう要請もしている。つまり、この決議は、後述のような緩和治療を促進しつつ、延命治療と安楽死を拒否したフランスはヨーロッパのパイオニアであるといっているようなものだとも見ることが出来る [Glasson]。

また、ヨーロッパ人権裁判所 (Cour européenne des droits de l'homme, European Court of Human Rights) は、2002年 *Pretty v. The United Kingdom* 事件 [Pretty] において、生死について自己決定権 (死ぬ権利) は含まない (欧州人権条約2条)、さらに、原告 (Pretty) は、尊厳に反してまで、延命治療を受け末期症状の苦痛の中で死にたくなく死期を早めようとしているのに、法律によって、価値のない耐え難い終末期を避ける選択を行うことが妨げられている (私生活尊重に対する権利の侵害) ことを認めながらも、他方で、自殺補助を禁止して、生命権の重要性を示す立法も、原告の夫を訴追しない事前の取決めを英国検察がしなかったことも相当性を欠くものは何らない (同8条違反はない)、と判示していた。その9年後にも、国家 (構成国) は、原告 (Haas) が苦痛なく失敗の恐れなく死ぬことができるために、処方箋なしにペントバルビタールナトリウム (pentobarbital sodique) を入手できるようにする義務があるか否かが争われた2011年 *Haas c/ Suisse* 事件 [Haas] において、Haas は、尊厳をもって不要な苦痛もなく自殺したい希望 (死ぬ自由) をもつことはできるが、スイス法が、上記薬剤の入手に処方箋を要求することは「正当な目的」を有するとして、スイスのように、容易に自殺補助可能な国では、より一層そうであり、「本法廷は、幫助自殺へのアクセスを容易にするシステムに固有の濫用のリスクを過小評価できない」とまで判示している (また参照, *Affaire ALDA GROSS c/ la Suisse*, Requête no. 67810/10, (25 avril 2012))。

1.2 延命治療・緩和治療・安楽死の法的枠組み

1.2.1 立法的枠組みのある医療行為

終末期に直面する延命治療・緩和治療・安楽死のうち、治療の制限・中止 (la limitation ou l'arrêt des traitements, LAT) と緩和治療・ケア (les soins palliatifs) については、フランスでは法律で認められ、法的枠組みがすでに存在する。前者については、2005年終末期法によって、そのすべての治療 (L.1110-10, CSP) に対して、患者が終末期にある場合、意識があるか否かにかかわらず、治療拒否の権利が法認されている [大河原 b]。しかし、一般国民だけでなく医療者においても、法の不知が甚だしく、13%の一般医がその文面を知るにすぎず、3%がよく知っている、10%が十分に知っているという調査結果があり、それが運用不徹底につながっている (後出2も参照)。

つぎに緩和治療についても、すでに医業倫理法上の義務であり、患者の人権 (droit de la personne) であって、保健医療法典 (Code de la santé publique) 前加章「患者の権利」に挿入されている (R.4127-37~38)。その最初の立法的取組みは、患者の緩和治療へのアクセス権を定めた1999年法 (L.1110-9, CSP, ancien art. L. 1er A, introduit par la loi du 9 juin 1999) によって、「緩和治療は、医療組織においても在宅においても多分野専門医療チームによって行われる積極的で継続的な治療である。緩和治療は、苦痛を和らげ (soulager la douleur)、精神的苦みを静め (laisser la souffrance psychique)、患者の尊厳を保護し、かつその周囲の人を支援する (soutenir son entourage) ことにある。」

(L.1110-10)、と定められている。また、「重大で進行し或いは終末期の疾患に罹患した者に全面 (人) 的に取り組む積極的医療である。その目的は、身体的苦痛およびその他の症状を和らげ、心理学的・社会的・スピリチュアルな苦みを考慮することである」(SFAP, 1996) と定義されている。具体的には、緩和治療は、身体的および精神的痛みを和らげる医療・ケアで、二つの方法 (①抗不安剤・抗うつ剤の使用、痛みの軽減量のモルヒネ投与、②医師とボランティア・自然の付添人による精神的援助、付添い) がある (R.4127-37~38)。

しかしいまだ、緩和治療の展開は十分でない。そこに安楽死の要求が出てくる余地を与えることにもなっている。また、緩和治療を充実させてゆけば、安楽死の要求はなくなるという前提で、2005年法は立法されていたはずである [大河原 a]。制度作りに終わるのではなく、その後の制度発展に向けた試みが続けられている (そのための組織の設置 (Décret n° 2010-158 du 19 février 2010 portant création de l'Observatoire national de la fin de vie) がなされ、最期までの寄添いと緩和文化とでもいうべきもの醸成発展を目ざして、多専門分野に渡る研究推進、緩和治療の発展プログラムの作成遂行、同プログラム遂行への意見、議会等への年次報告書の作成義務等々、終末期の緩和治療を受ける権利の充実のための施策が行われつつある)。

他方、わが国では、緩和医療や延命治療中止などの特殊・終末期医療についても、それ以前の、一般・通常医療における医師と患者の関係についても、立法的措置はまだのようである。最近、後者に先行する形で、特殊・終末期の「尊厳死法制化」（延命措置中止）についてだけの、議員法案提出の動きがある。

1.2.2 立法的枠組みのない医療実務・実践

ひるがえって、フランスでも、立法的枠組みのない、終末期の諸相に応じた医療実務・実践がありうる。そのうち、まず第一に問題となるのが、「安楽死」である。そのいくつかはメディアで取り上げられ衆目に触れ、裁判にまで及ぶ事例もある。致死量薬物の投与について、刑法は予謀毒殺による謀殺罪 (art. 221-5 et 221-3, Code pénal) を規定しており、さらに医業倫理法典38条2項でも「医師は、……意図的に死をもたらす権利を有しない」とされており、この点に変更は全くない（最近でも Bayonne (バイヨンヌ) 病院で9人の患者を安楽死させた嫌疑で, Bonnemaison (ボンヌメゾン) 医師はこれによって起訴されている)。

第二の問題は、逆に人目に触れることのない緩和的鎮静 (sédation) である。間欠的乃至深いセデーションは、ときに人工昏睡とも呼ばれ、終末期における死のむずかしい問題へのもう一つの解ともされる。しかし近年、このセデーション (sédation pour détresse en phase terminale) について、医業倫理法典への組み込みが行われている (art. R. 4127-37) [Legros cd]。

1.2.3 境界域の曖昧概念——「安楽死」と法のあいだ

終末期のこれら三つの医療行為ないし実務・実践は、実定法の枠づけがない場合はもちろん、ある場合であっても、三つの概念の境界域があるので、やはり混乱を来すであろう。

(1) まず、治療・蘇生技術の制限中止について、これは適法か違法かの境界にあると思われるが、前述したように、2005年終末期法により、濃厚執拗治療 (obstination déraisonnable 或いは «acharnement thérapeutique») の法的性格決定・定義とその禁止 (法律の許可 (正当化事由) による延命治療の制限・中止) が規定されたことによって (L. 1110-5 al.2, L.1111-13, CSP), 法的には安楽死と同一視はできないとされている [Léonetti Rapp. no.1929, p.6 et al.]。ここでは、法的・医学的には死にゆくのを自然の過程に戻すだけとされるが、安楽死との混同は、2005年法によって徐々になくなるにしても、医療者ですら一種の「間接的」安楽死と受け取ったり、また法律家においても、いまだ「消極的」なものであっても、安楽死であるとする考え方もある [Véron]。さらに、この治療中止決定手続によって、死ぬに任せる (laisser-mourir) 人工栄養補給の停止を行ったが、その死まで6日 (Hervé Pierra) ないし11日 (Patrick Koffel) かかり、その間激しい痙攣 (myoclonies) が続いて、死苦がそれだけ引き延ばされた植物状態患者のケースでは、それが、安楽死が認められないフランスで、そうだと

は言えないフランス流の安楽死なのだという見方もあるのである。

(2) つぎに同様に、立法的枠組みがある緩和治療についても、モルヒネ使用に対する彼らの評価やその二次的な致死効果のために、安楽死との同類扱いが医療者によってもなされてきた。

鎮痛剤を次第に限界まで増やしていったらどうなのか。緩和治療が二次的に死の効果のあるモルヒネ投与である場合、望む患者を人工的に眠らせセデーション下におく場合などは、間接的というだけでなく、場合によっては積極的乃至消極的安楽死と性格づける場合がありえた。しかしこうした同一視はあやまりで、2005年法も、法律の許可による正当化事由 (違法性阻却事由) を、この一定のケースに新たに創設することで、このような安楽死の性格づけの曖昧さを除去するためのものであったとされる [Léonetti Rapp. no.1929, p.10]。すなわち、「医師は、……苦痛 (souffrance) を軽減できないと認め、生命短縮の二次的効果のありうる治療を患者に行うときは」(L.1110-5, al.5), その旨を患者、代理人、家族等に説明するものと規定して、そうでなければ刑事訴追等もありうるとした。安楽死か否かの違いは、医家にとっても法家にとっても、従来、まず、行為の目的・動機による。すなわち、痛みをとる・軽減する「益」と死んでしまう「悪」を損益比較して、苦痛軽減は死・殺人を意味しないとされ (二重効果論)、最近では、相応の理由がある場合には悪性であればあるほど強い対応ができることとされる (相応性 proportion 原則)。さらにそれに加えて、投与薬物とその投与方法として、通常苦痛除去剤か、モルヒネか、致死薬物と変らない継続的・間欠的昏睡をもたらす薬物投与か、にもよっていた。しかしこれで痛みがとれなくなると、意識レベルを下げる鎮静へ。それでも痛みがとれないとき、安楽死は論理的には許されるのか (後出)。

この三つの概念は、その境界域ではつながっている。終末期医療の現場で、治療の消極・間接・積極の諸段階 (延命治療中止→緩和治療→安楽死) を連続的に突き進んでいった事例 (東海大学事件等) をみると、三つの境界域にはっきりとした線引きをすることはむずかしい。

2. 安楽死・自殺幫助の最近の立法動向

以上のようなフランスにおける法状況のなか、2011年1月18日、上院 (Sénat 元老院)・社会問題委員会 (la commission des affaires sociales) (委員長 Dini (注)) が、それまでに別々に提出されていた、生命の積極的人工的中断の合法化 (légalisation それも単なる「非刑罰化 (dépénalisation) 立法」ではなく「権利法」) を目指す下記三法案 (議員提出) の統合一本化を決定し、Godefroy (ゴドッフロワ) 報告による三法案の趣旨説明、比較検討、統一案の提案がなされ、同日、社会問題委員会で一本化がなされ採択され

た [Violla]。しかし、逐条審議に入る前の冒頭説明部の議事録を追ってみると、先行法として終末期の治療中止と緩和医療を定めた2005年法の不知・運用不徹底（特に現場医療者のそれで、延命措置中止や緩和医療さえいまだ十分に行われていない等々）を指摘する発言が続出し、採決では反対するという議員が相当数存在していた [Rapp. no.228, p.27 et al.]。かくして、同委員会採択法案として一つに統合化されたもの [Prop. no.229] が、同年1月26日の上院審議に付されることになる。このように議会（審議）レベルにまで達したのは初めてで、注目すべきである。前出議員提出三法案および委員会採択法案は次の通りである。

- ・「意識・意思の尊重による死の積極的幫助法案」(Proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés), Fouché 上院議員 (注) 提出法案第65号
- ・「死の積極的幫助法案」(Proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir), Godefroy 上院議員 (注) 提出法案第659号
- ・「本人意思 (同意) に基づく安楽死法案」(Proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire), Fischer 上院議員 (注) 提出法案第31号
- ・「死の医療的幫助法案」(Proposition de loi n° 229 (2011) relative à l'assistance médicalisée pour mourir), 上院・社会問題委員会採択法案

そこで、本章では、上記三つの原法案の統一化の立法過程を示す Godefroy 報告書 [Rapp. no.228] (以下「報告書」ないし「Godefroy 報告」として引用し、その頁数のみを記す) によりながら、その三法案及び統合案 [Rapp. no.229] について、まず、患者の主観的権利法としての「幫助死権」の法的枠組みをどう組み立てているか(後出2.1)、つぎに、どのような患者がその幫助を受けることができるのか、自己決定能力がある場合、患者がどのような状況 (医学的な状況とそれ以外も考慮されるのであれば、どのような精神状態) にある場合に幫助を請求できるのか (2.2)、そして、幫助はどのような手続・審査 (医師のコントロール) の仕組みを経て行われるのか (2.3)、を中心に検討分析を進めよう。

また、自己決定能力がなくなった場合については、事前指示書 (directives anticipées) に法的価値を与えて、患者が安楽死等を望む場合にも、終末期法の治療中止 (LAT) 決定手続の一要素 (R.4127-37 II al.3) として使えるよう加筆されている (統合案3条等)。事後コントロール手続については、法的要件充足を審査する州審査委員会 (commission régionale) に4日以内に報告書を送付する (同4・5条)。ただ、ベルギー法とは違い、要件不充足と判断したとき、共和国検事に付託できる国の委員会 (commission nationale de contrôle des pratiques relatives aux demandes d'assis-

tance médicalisée pour mourir) に一件書類を伝達する (同5条3項)。

2.1 患者の「幫助されて死ぬ権利」の法認——主観的権利法の制定

(1) 三法案は (そして統合案も)、2002年 (患者の権利法) - 2005年法 (終末期患者の権利法) の枠組みの中で、その延長線上に自らの位置をおくことは、委員会冒頭説明のほか、随所で確認されている (29頁等)。

オランダやベルギー安楽死法 [Sénat, législation comparée, 2002, 2006] から様々な点で着想を得てはいるが、「安楽死を行う医師は、以下の……要件を充足すれば、これを犯罪としない」(Loi relative à l'euthanasie, art. 3. § 1er. «Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que : …») (ベルギー安楽死法3条1項) と規定する単なる非刑罰化法、ないし、むしろ非刑法犯化法 (décriminalisation) とは異なって、2005年患者権利・終末期法の枠組みの中で、「……いかなる (患) 者も、……医療による死幫助を受けることを (医師に) 要請することができる」(統合案1条2項等) と規定することで、安楽死・幫助自殺の権利化を目指す点においてそれらとは大きく異なる。

(2) さてまず、どのような理由で三法案が必要になるのか、「幫助されて死ぬ権利」(un droit à la mort assistée) を主張し制度化する必要があるのか。これについては、現行2005年終末期法の欠缺を補い、それが許している逸脱を正すためだという [Rapport no.228, p.7 et 13]。つまり、幫助されて死ぬ権利法をつくらうという契機は、事実上の・本人意思とは無関係の安楽死が横行しているからであるという。その原因は、死をもたらしすることができる場合の法的定義 (要件) がいないからであって、それが、コントロールできない隠れた安楽死を許し、また、それがあからこそ、生死の決定権は本人にあるというのに、死を早めたい望みが一般に受け入れられないのだという。

そして終末期法については、そうした欠缺部分の補完が必要であり、それを三法案は行おうとする。終末期法は、終末期の患者について、一方で、治療を中止することを認めて、事実上、栄養補給・人工呼吸の停止までこれに含まれるとすればなおさら、結局死期を早めており、他方でまた、緩和治療の推進によって、その二重効果として死期を結局早める点で、そのどちらの場合も変わりはないはずである。したがって、三法案は、緩和治療による終末期を選択したくない患者に、自分の死の時期を決定し、「死の積極的幫助」(«aide active à mourir») をうけることを提案するのであるという。

(3) 次に、使っている用語法をみると、三法案のうち、Fischer 法案 (31号) だけが、ストレートに「安楽死」(euthanasie) の語を使っており、他の二法案は婉曲表現で「死の積極的幫助」(«aide active à mourir») なる表現を使ってい

る。ただ、「死の医療的積極的幫助 (aide active médicalisée à mourir)」（Fischer(フィッセル)案1条, Fouché(フシェ)案1条等)あるいは「死の医療的幫助 (援助) (assistance médicalisée pour mourir)」（Fouché案2条, Godefroy案1条等)という表現も使用され異なる点もあるが、「医療的(による)」（médicalisée）を付加しているという共通点もある（後出）。その定式・文言がどのようなものであろうと、安楽死・自殺幫助権 (droit à l'aide au suicide) を創設する目的であると思われるが、死の「積極的幫助」であれ「医療的積極的幫助」であれ、これらの示す概念は不明確であり、統合法案となった「死の医療的幫助 (援助)」（assistance médicalisée pour mourir, AMM）でもやはり曖昧で、致死量薬剤の第三者による投与（安楽死）なのか、その入手を患者のためにする行為（自殺幫助）なのか、法的定義は明らかではない（そこで、本稿では、それらの用語法をそのまま使うか、ないしは「死幫助」・「幫助死」（安楽死・自殺幫助）という）。なお、ベルギー安楽死法は、「……安楽死とは、本人の請求により、その者の生命を意図的に終わらせる、第三者によって行われる行為をいう……」（Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.）と定義している。

(4) さらに統合化の過程をみていこう。ここでは、二つのものを排除することによって、概念の最低限の限定をしようと試みている。まず、「安楽死」という語を避けようとする(15頁)。本法案は、19世紀来の優生政策とは無関係である上に、「本人意思 (同意) による」を冠しても、やはりこの概念は、末期はどうあるべきかの社会的に一定の規範を想定させる。法案が目指すのは、そうではなく、あらゆる社会的圧力を排しての自己決定権ないし選択権の強化である。

つぎに忌避するのは、スイス型の幫助「自殺」(«suicide» assisté)である。これが、自殺の暴力性を排除するために、「医療化(による) médicalisée」の文言を採用し、同時に保健医療法典への組込みを目指すことになる。まず、三法案のいう「死の積極的幫助」は、スイスにおける、処方による致死量薬物の入手、非医師による薬物投与とも異なり、病とは関係がない医療の文脈から離れて命を絶つ自殺でもない、特殊なものである。その上で、患者の自己決定であること、早く(即効性がある)痛みなく死ぬことができるように医療の助力を借りることを強調する。そして、Godefroy報告は、「死の幫助 (aide à mourir) は、自らの命を絶つことは患者の意思によるのであるが、その行為自体は自分が行う必要はない。とりわけ、死の幫助原理は、自殺が自分自身や他者に対してもつ暴力性を断ち切るものである。死幫助は、自殺とは違い暴力どころか、ベルギー(法)の場合と同様に、死が、平穏で家族が寄り添うことのできる瞬間となることを保障するのが目的である」(14

頁)と述べて、自殺の暴力性を強調してスイス法を排除し、幫助医師が最期まで寄り添うベルギー・オランダ法を採用する。だが、安楽死支持者にとって暴力的・非人間的だとする「自殺」と、三法案の「死幫助」の違いは何であろうか。

しかしながら最後になって、ようやく、「自殺の文言を使うと、死の積極的幫助の結果、特に保険契約について法的不確実性をうみうる」(15頁)と自白しているので、どうやら、意図的に自殺をぼかして不明確な用語法を使っていたことが判明するのである。統合法案は、よりはっきりと、「当事者となっている契約について、その死が、(……保健医療法典の) 諸条件・手続に従ってなされた死の医療的幫助 (援助) によった者は、自然死とみなされる。いかなる反対条項も存在しないもの(無効 non-écrite) とみなされる」(5条4項)と規定し(参照、ベルギー法15条)、「幫助自殺」の用語は、こうして金銭的理由で回避されたのであった。

(5) 以上が、「医療」の中へ組込み、そのプロセスに入れることの必要性である。しかしまた、報告書は、死ぬことの手助けは、治療でもケアでもなく医療の範囲外にあるものではあるが、その延長線上の最終段階にあるものであるという(8・16頁)。つまり、治療ではないからこそ、「医療」の枠内に組み入れることにこだわったのである。それだけ、スイス型の「暴力」性を忌み嫌って排斥し、「医療」というオブラートで包み隠して正当化しようとしたのであろう。そして、統合化案で、死の積極的「幫助」(«aide» active à mourir) を死の医療的「幫助 (援助)」（«assistance» médicalisée pour mourir）に統一したことについては、その方が、医療行為が患者の意思によることがより明白になると説明する。つまり、医師・患者関係において、医師の役割をより抑えて患者のかかわりをより前面に押し出すということのようである。

さて、以上の説明から、果たして、「死の医療的幫助 (援助)」（assistance médicalisée pour mourir）の定義は明らかになったであろうか。「医療」の枠組みの中での死の「援助 (幫助)」を強調することで、致死量薬物の投与までするのか、その用意の援助までなのか。報告書は、最大限の厳格な定義をしなければならないとした上で、つぎのようにこれを定義している。すなわち、医療の文脈の中で行われ、かつ早い(即効性のある)苦痛のない死をもたらす目的をもつ、熟慮された行為である、と。そして、これが、この概念定義の統一成案として、「速やかで苦痛のない死を、熟慮された行為によって可能とする」(permettant, par un acte délibéré, une mort rapide et sans douleur) (統合法案1条)もの、との規定になる。

「医療」の枠組みへのこだわりは、最後に、保健医療法典への組込みを提案する。その組込み位置を巡っては、患者の尊厳尊重権保障の規定(L.1110-2条)に挿入するか(Fischer案とFouché案)、それとも、緩和治療へのアクセス権

保障の規定(L.1110-9条)に挿入するか(Godefroy案)、三法案のあいだに違いがあった。死の積極的補助と患者の尊厳保障とを並存させて議論を呼び起こすよりも、後者に挿入して緩和治療も選択できること(相補性)を明示する方がよい(この相補性はまた後にとくに取り上げる)、との報告者の考えが最終的には採られた(15頁)。

2.2 幫助死を要請できる基準・範囲

(1) だれが、どのような状態にある場合に、死の幫助を受けることを求められるか(請求権者と請求根拠)——安楽死等を主張・請求できるのはだれか——、そして、その幫助を受けるまでの手続をどうするかが、審議の核心であった。

まずは、死の幫助を誰が受けられるか、即ち、自己決定能力(意思自律)の判断基準をどこにおくか、成年(majeurs)とするか(Godefroy案)、権利能力者(capables)とするか(Fischer案とFouché案)で、三法案は異なる。

(2) 次に、どのような状態にある患者が、これを請求できるか、についても見解の分かれがある。これについては、三法案が前提とする終末期法の治療中止基準がすでに存在する。すなわち、「重大かつ不治の疾患の進行ないし終末期段階にある」患者という医学基準(客観)を基本的前提としている。これに加えて、Fischer案とFouché案は、「自身(本人)がその尊厳と相容れないとみなす依存従属(dépendance 自律喪失)状態にある」患者(2条)という選択基準を付け加える。Godefroy案は、そういう選択基準ではなく、「自身(本人)が耐え難いと判断する軽減しえない身体的ないし精神的な苦痛(souffrance physique ou psychique)」に苦しむ患者(1条)という追加基準を加重する(17-18頁)。

まず前者(Fischer案とFouché案)の基準によれば、医学的に末期でなくとも、尊厳を欠く依存従属の生しか残されていないとの思いをもつ者も、死幫助請求が可能となる。19歳のとき交通事故に遭い、長い昏睡状態から目覚めたときに全身麻痺となったVincent Humbert [ヴァンサン・アンベール] (安楽死)や不治の鼻腔神経芽細胞腫で、感覚を失い顔が変形し、激痛(grande douleur)・精神的苦痛(souffrance morale)状態にあったChantal Sébire (シャンタル・セビール, 52歳, 幫助自殺)らが念頭にあり、ここまで射程に入れようとするものといえよう。彼らの要請に応えるものではあるが、「依存従属状態」を選択可能とした場合、末期という大前提がはずされ、終末期法の枠組みを超える提案となっている。もっとも、進行段階(phase avancée)の疾患という基準を使うと、同じように、死が差し迫って予想されない場合でさえ、生命の中断要求を可能としよう。まさに安楽死の要求は、末期患者や高齢患者からなされるとは限らない。自殺するのが、病を患う者とは限らないのと同じなのであろうか。

その点、後者(Godefroy案)の提案は、末期という前提を残したままの基準追加提案になっている。三つの苦痛

概念(D^r Régis Aubryによる, douleur physique (客観的評価ができ、その大部分が管理可能), souffrance physique (病とは別に患者が感じるもの), souffrance psychique (医師評価が極めて困難で、よりパーソナルなもの)の区別)を提示した上で, souffrance psychiqueなどは、末期であるけれども, douleur physiqueを全く感じない患者が、死を考えたときから生じることがあるのだから、これをも請求可能(救済)範囲に含める。これは主観基準の導入であるとの批判をあげることになるが、この提案は、むしろあえてそうしないと、医学基準だけではそこから漏れてしまう者を拾い上げようとしたようである。それでもやはり, Humbertらは対象外となろう。いずれにしろ、終末期を前提とするか、それまではずしてしまうかは、本質的な違いがあるけれども、医学基準以外の基準を設けて請求範囲の拡大を図ろうとする。

(3) では, dépendanceとは何か(これもAMDMのモデル法からとったもの[Livre blanc, p.58])。身体的ハンディキャップになったときか、精神的ハンディキャップになったときか。報告書も、「医学・心理学・経済・家族的な多くの理由が患者に死を要求させる」「家族や社会が、自分が重荷になっていると感じさせることが、患者に死を要求させる」(9-10頁)ことは承知している。しかし、こうした家族・他人や社会に対する恩義・借り・義理(身体的金銭的なものなど)の感情にどう向き合うのかについては、緩和治療を選択肢としてあげているのに、それで対応するという発想ではなく、患者を一人行き詰り(impasse)の中においてdépendanceか死か、の二者選択を迫るだけなのか。そうした行き詰りは死によって解決するというのか。また、結局, souffranceについても議論もなく、本人が耐え難いと判断するsouffrance概念を二者択一的に立ててしまうと、医学的コントロールは骨抜きになり、患者がその最終決定者となってしまう。

(4) 報告書は、幫助を受けて死ぬ権利(幫助死の権利)のような重要な権利をあらたに創設しようとするのだから、それが履行され、また濫用されぬよう、最大限厳格な基準を設ければならないとして、結局、最終版では、その請求権者をより限定して成年能力者(majeurs et capables)とし、さらに、幫助死の請求が可能な場合を、経済的依存従属状態まで含むような曖昧なdépendanceなる概念は採用せず、「健康を害した疾患」(affections ayant altéré la santé)による場合に限定した(21頁)。上院の審議対象となる委員会成案1条は、以下の通りである。

「……事故によるないし病理学的疾患の進行ないし終末期段階にあつて、軽減しえない、あるいは、その本人が耐え難いと判断する、身体的ないし精神的な苦痛に苦しむ疾患の成年能力者は何人も、……速やかで苦痛のない死を、熟慮された行為によって可能とする死の医療的幫助(援助)を請求することができる」(末尾の三法案・委員会成案の比較対象表を参照)。

2.3 死補助手続における医師の役割

(1) つぎに、死補助までの手続はどのようになっているか。このあいだの医師の役割・義務について、三法案はどう定めているか。医師による社会的なコントロール（医学的なコントロール）の制度化である。

患者からの補助死の要請を受けた医師（指定主治医）は、まず、その患者の状況（医学的それと意思のそれ）を確認・検討・評価するために、他の医師（Fischer 案と Fouché 案は 1 名、Godefroy 案は 2 名以上）に「遅滞なく意見を聴か（saisir sans délai）」なければならない。そして、補助死の訴えを受けた医師（受訴医師）は、その患者に緩和治療が受けることができる旨を説明しなければならず、患者がこれに興味を示した場合、それへの効果的アクセスを保障しなければならない。これは、補助死の要請に対する医師のコントロールとして、重要な義務であることを強調している。つまりこの義務の目的は、既存の終末期法を無視して、緩和治療を経ずにそれを飛び越していきなり死補助を要請するということがないようにするためであり、補助要請が緩和治療を最初から選択しない者のための解決策なのではなく、患者が自由に説明を受けた上での慎重な選択の結果でなければならない、というわけである。

(2) しかし、受訴医師による、緩和治療が受けられることの説明義務は、説得義務ではなくそれを強制できないので（確かに緩和治療を受ける権利を放棄・拒否する権利もありうるのだが）、患者は、緩和治療を受けないことを選択することが可能なのである。つまりここでは、緩和治療をしないことが問題なのではなく、三法案にはこの緩和フィルター（filtre palliatif）（つまり緩和治療前置主義とでもいうべきもの）がないのである。この点は、2011年1月25日の上院審議でも、時の厚相（Xavier Bertrand）が強調するように、「この行為（安楽死）は、究極的例外的に可能なものとしてではなく、緩和治療に代わる解決として提示されている」[Sénat, JO 2011, p. 402]、と批判されている。つまり、安楽死との関係で、緩和治療の位置づけ方が問題なのである。安楽死か緩和治療かの二者択一の選択（alternatif）になっていて、後者がいささかのフィルターにもなっていない。

この点について、報告書は、とくにスペースを割いて、懸命に弁明をしている（11-12頁）。補助死を認めるからといって、緩和医療をしないというのではなく、むしろそれではカバーできないものを相補する一つの特異な活路・解決法（une issue spécifique qui lui est complémentaire）と考えるべきだという。続けて、法案の目的は末期患者にできるだけ平穏な死を迎えることを可能とすることだ。多くの人は、緩和医療を経て死を迎える。「しかし、苦痛（douleur）が緩和医療ではどうしても軽減できない、とりわけ身体的・精神的痛み（souffrance）を軽減できない若干の場合が存在するのだ」。そういう場合に限って死の補助を認めること [cf. aussi CCFN avis no.63] は、患者にとっ

て、自分の身体や生命を自己決定できるのだとの思いを抱かせ、気持ちを落ち着かせ、生き続ける手助けとなる、と力説する。つまり、死を要求・主張することは、そういったからといって実際に死ぬ（mourir）ということではなく、自分の死が医師に支配管理（maîtriser）されぬよう、自分でそうしたいだけなのだということを言いたいのである。さらに続けて、そうした要求は一部であって（ベルギーやオランダでも 2% にとどまり）実際の補助まで行くのはさらに若干例であり、決して常態化することはないという。

要するに、安楽死をしようと望むのは、明確にその意思を表明し熟慮した（したがって熟慮意思のコントロールなど簡単にパスする）ほんの一握りの者であって、それまでの人生でよく活動し有意義に生きてきた QOL の高い者に限られるのだ（強い個人像）。しかし他方、そうではなく朝起きて夜寝るまでごく普通にただ生きてきた大半の者は、そういう意思表明も熟慮もないのだから、安楽死など選択せず緩和フィルター（しかしこれを特に選択するというのでもなく）を経て死ぬのだ（死に向き合うひとりの素朴な人間像）——報告書には、このような区分けをしていると思われる節がある。

そして最後に、死補助（安楽死）の問題は、「緩和医療が実際に全面的に行われるようになったときこそ、初めて本当の意味を持ってくるであろう」と。緩和フィルターがくまなく行き渡り、すべての患者がそこを経ることが実現したときこそは、なるほど、現実問題として、待たなしに安楽死の是非を決しなければならないのであろう。

しかし、報告書に対しては、それが、緩和治療と補助自殺のあいだには相補関係があるといい、苦痛が軽減されない場合を挙げているが、それでは、その法案が患者に苦痛緩和治療の拒否を最初から認めているのに、どのようにして苦痛を緩和できるというのか、また、この法案の推進役たる圧力団体 ADMD に対しても、それが1989年以来標榜してきたこの二つの相補関係性なるものは、安楽死権を勝ち取るために、そんなフィルター（緩和治療）を通す気など最初からないのにもかわからず、お体裁のいいものとしてショーウィンドーに飾って並べておいただけなのだ、とする痛烈な批判がある [Legros b]。やはりここでも、安楽死推進派の本音が出たというわけである。

(3) つぎに、患者の補助請求が慎重な選択であったか、その補助意思が自由に・説明を受け・熟慮の上なされたかについて、医師は患者意思のダブルチェック（最初の死補助要請のときとその結果報告のとき）をしなければならない。死にたいという要求は、聞いてほしい・励ましてほしいなど別の要求の半面像であることがあるので、意思の熟考性のコントロールはそうした要求を事前にチェックできなければならないからであるとする（なお、病の表現としての自殺の意思と、自律的・熟慮・堅固な決定としての自殺意思の区別の必要性については、前出 Haas 事件判決の中で、スイス政府もこれを援用して、多くの自殺は真の自

殺意思によるのではなく、周囲の注意を引こうとする救助の訴えであることは周知のことであって、自殺補助を促進することは、それらの者に死なせる確実な方法を使わせることになろう [Haas no.48, p.15], との抗弁を展開している)。

そして、医師は、そのような患者意思と医学的状況の審査の結果を、請求から8日以内に報告書にしなければならない。その際、前出補助請求基準の適合性や改善・苦痛軽減の見込みがないなどの医学的状況は決定的ではなく、患者が身体的ないし精神的な苦痛 (*souffrance physique ou psychique*) をどう感じているかが重要で、それを何よりも考慮評価して報告書が作成されねばならない、としている (19・21頁)。そして、*souffrance* を軽減できない、本人が耐え難い、要求を頑として変えないことが認められれば、補助死は行わなければならない(統合案2条4項)。これでは、せっかく設けた医師の事前コントロールの強化を無とするほどの、患者の主観の最重要視である。

補助行為は「主治医のコントロールの下、かつその在席のもとで」実施されるが、それが補助承認の日から何日後に行われるかについて、三法案(Godefroy案2日とFischer案・Fouché案15日)のあいだで大きな差があった。これは、それぞれどのような患者が念頭にあるかによるようである。前者は末期患者を想定して、補助承認が出た以上、補助を思いとどまるような圧力から守るために短く設定し、後者は緩和治療を最初から省いて補助を選択した非末期患者を想定して長めに設定したとの説明をしていた(やはり、三法案の中でも想定する患者像に違いがあるのである)。結局最終案(2条6項)は、そのあいだをとる形で、8日に落ち着いたが、この間、患者は補助請求をいつでも取り消すことができるし、医師と合意の上でこれを早めることもできる(2条7項)。

(4) では、受訴医師は、補助の請求を拒否できるか。これについては、「医療プロフェッションは、死の医療的補助に協力する義務は有しない。……医師の補助拒否は請求本人に通知される。その場合、医師は患者の請求に従うことのできる他の医師に直ちに患者を導く義務を負う」(成案6条)。つまり、人工妊娠中絶(IVG)にならって医師の良心条項をおき、その作為義務はないが、請求を聞き入れる医師に患者を方向づける義務と拒否通知義務を負うものとしている。

しかし、その方向づけができない場合、請求を受ける医師がみつからない場合、非刑罰・刑法犯立法であるならば、安楽死(作為)をしてくれる医師を患者が探さなければならず、誰もこれを聞き入れない可能性もある(現に、前記Haas事件で、原告は、Bâle州170の精神科医に出向いたが、全員に拒否されたと主張した。これに対して、欧州人権裁判所は、自殺の選択が自律的・堅固であれば乗り越えられないとは思えず、専門医を見つけることは不可能だとは思わない、と断じている)。他方、権利法であるとすれ

ば、作為する医師がみつからない場合でも、患者が自分で探すには及ばず、国が債務者となって探す義務を負うのであろうか。ともかくも、受入れ医師に患者が案内されてくるや、その医師は、注射する・致死量薬物を提供することの実行者となることが求められるのである。

3. 結びに——上院法案否決とフランス法伝統への挑戦

(1) 2011年1月18日、委員会統合法案が採択されるが、それに前後して、1月12日には、数万人以上の署名をつけた二つの反対請願が出され[Manifesté] [Alliance], 1月21日には、全国医師会(Conseil national de l'Ordre des médecins) がすぐに反応して [Ordre des Médecins], より直截に、「致死注射ないし補助自殺を求める権利 (*droit à une injection létale ou un suicide assisté*)」と切り出し、これが創設されると、「社会が依存従属 (*dépendance*) を問題にしたとき、より弱い立場、病氣、ハンディキャップのある人々を制御不能な逸脱におとしめ、死なせるのが天職・使命ではない医療者に対する患者の信頼を損なわせる。医師の良心を尊重せずとその倫理に反する致死的行為を要求ないし強制することは、極限の暴力的圧力を医師に加えるものである。……われわれが必要とするのは、(そのような)新法ではなく、医師・医療者をよく養成・鍛錬させ、緩和治療の組織機構を発展させる現行法である」として、医師に対する「暴力」的な「致死注射・補助自殺権」法(統合委員会法案)を痛烈に批判していた。当時の首相(F. Fillon)も、緩和治療の発展プログラムの遂行による緩和治療の発展とその文化の強化(前出1.2.1)、および、濃厚延命治療の拒否をむしろ選択する、として反対している。学説も、三法案・統合案は、医師によるコントロールも制度化しているが、その(基準)判断の全面的支配を結局は患者にゆだね、決定権の主体が患者本人にある点で、ベルギー法を超えたものとなっており、ベルギーと同様の運用逸脱を招くであろう、また、法案が通れば必ずや、非刑罰・刑法犯立法法のベルギーやオランダにもない医師患者関係の「司法化」を引き起こすであろうなどの批判を展開していた [Legros b]。

そのような中、1月25日、上院は審議に入り [Sénat JO, Séance du mardi 25 janvier 2011, p. 399 et al.], フランス法の、生命を保護する根本原理との関係で、1条、なかでも「心理的苦痛」(*souffrance psychique*)の文言の多義性・重大性が取り上げられて [Sénat JO, 2011, p.443], 1条を廃止する修正案の採択に続き、各条ごとに修正採択が次々と繰り返され、結果的に先の委員会統合法案は全体として廃案になった [Sénat JO, 2011, p.444]。

しかし、今後も、同様の法案提出はやむことはないと思われるので、注視の必要があろう。現に、上院廃案からちょうど一年後早くも、二本の同様の議員提出法案が、一本は、本年(2012年)1月に前案提出者Godefroyによるものであ

り [Proposition de loi n° 312 du 31 janvier 2012], もう一本は、同6月に別の議員により提出されている [Proposition de loi n° 586 du 8 juin 2012]。安楽死立法の波が、南下して、オランダ (2001) から、ベルギー (2002), そしてルクセンブルク (2009) に押し寄せ、フランス上院 (2011) まで迫ってきた。今回は押し返したが、いつの日かまた迫り来るのか。

(2) 報告書は、「生死の決定権は本人にある」(前出), 「同意原理は、死を早める決定についても妥当しなければならない」[Rapp. no.228, p.9] との前提から立論し、自己決定権は、当然生死にまで及び、生命終期には万能の自己決定権になるという。

この点、フランス法はどのような立場に立っているか。同意判例の流れの中において、治療への同意は必要だが、それだけでは十分でないという確定した伝統判例が形成され [大河原 c], 治療拒否判例もその中にある。そのような治療拒否判例の流れの中で、輸血拒否事件は、生命にかかわる治療を拒否できるか、という形で問題となるはずであった。ところが裁判所は、これを「簡単に有益な治療よりも死を選ぶ権利」[Heers]の問題だとして捉えたのであった [大河原 a]。「死ぬ権利」を主張しているわけでない輸血拒否事件において、Godefroy 報告書のような立論が出てくることを10年以上も前にすでに予想していたといえよう。このように「死ぬ権利」への第一歩を踏み出すことへの根強い警戒感が、安楽死とはほど遠いと思われる輸血拒否事件のなかで示されていたのである。すなわち、Heers 論告 [concl., p.1237] が、患者の意思による輸血拒否 (治療差控え) のなかに、安楽死を見てとり、状況は異なるが原理は本質的に同じだとして、輸血拒否を認めることは、「自身の生命についての主観的権利」を認めることになるとし、「生死は、フランスにおいては『主観的』権利ではない」とまで言いきっていた (ちなみに、同じコンセイユ・デタは、1994年・2004年の生命倫理法の改正論議のなかでも、積極的安楽死の合法化ではなく、緩和医療の発展充実を提案している)。かくして、判例を取り込んだ2002-2005年法を含めて、死の自己決定権は認めない、死ぬ意思 (その反復・熟慮性) はコントロールの対象になるなど、これまで、フランス法における自己決定権は、非常によく飼い馴らされてきたのであった。今回の三法案および統一法案は、こうしたフランス法の伝統にあえて抗い、生命終期の自己決定権を野に解き放とうとした挑戦であったといわなければならない。

目次

1. フランスにおける「死ぬ権利」主張の台頭

- 1.1 フランスの揺らぎとヨーロッパ——はじめに
- 1.2 延命治療・緩和治療・安楽死の法的枠組み
 - 1.2.1 立法的枠組みのある医療行為
 - 1.2.2 立法的枠組みのない医療実務・実践

1.2.3 境界域の曖昧概念——「安楽死」と法のあいだ

2. 安楽死・自殺補助の最近の立法動向

- 2.1 患者の「幫助されて死ぬ権利」の法認——主観的権利法の制定
- 2.2 幫助死を要請できる基準・範囲
- 2.3 死幫助手続における医師の役割

3. 結びに——上院法案否決とフランス法伝統への挑戦

注

法案提出議員と ADMD との関係は、次の通りである。上院・社会問題委員会委員長 Dini 議員は、ADMD の後見役 (marraine 紹介推薦人) 法案第65号提出の Fouché 議員は、同協会第二副全国会長 法案第659号提出の Godefroy 議員は、同後見役 (parrain) 法案第31号提出の Fischer 議員は、同活動家

引用文献 [ゴシック体で引用]

- 生命倫理学会・第24回 [生命倫理学会・第24回年次大会予稿集 (2012年10月), p.46-50
- ヴァンサン・アンベール, 『僕に死ぬ権利をください』, NHK 出版, 2004年
- 大河原 a, 患者の治療拒否から医師の治療中止へ——通常医療の原理と末期医療の原理, 福岡工業大学環境科学研究所報第2巻3頁以下, 2008年
- 大河原 b, 「患者の自己決定としての輸血拒否権」, 日本生命倫理学会誌『生命倫理』第17号169頁以下所収, 2006年
- 大河原 c, 平成17-18年度日本学術振興会科学研究費補助 (基盤(C)2) 研究成果報告書『フランス法における『説明と同意』(インフォームド・コンセント)に関する研究序説——患者の自己決定権と医療公序の関係についての一考察』(研究代表者), 2007年

(学説)

- M. Véron, Droit pénal spécial, Dolloz, 2010, p.33
- C. GLASSON, Fin de vie : sauvons le triple «ni» de la France!, DGDM 2012, p. 267
- B. Legros a, Les «Droits» des malades en fin de vie, Le Etudes Hospitalières, 1999
- B. Legros b, Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation - L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie, Le Etudes Hospitalières, 2011
- B. Legros c, Le maintien du cap des pouvoirs publics sur l'évolution du droit de la fin de vie, RGDM no.39, 2011, p.125
- B. Legros d, La difficile et délicate entrée de la sédation dans le Code de déontologie médicale, RGDM, no.40, p. 129
- F. Violla, Vers un acte «médico-létal»? , JCP.2011; G.no.5.98

（判例・論告等）

Pretty v. The United Kingdom, The European Court of Human Rights (Fourth Section), Application no. 2346/02

Haas c/Suisse, La Cour européenne des droits de l'homme (première section), Requête no. 31322/07

Heers M., Responsabilité médicale et transfusion sanguine contre la volonté du patient, **concl.** sur CAA, Paris 9-6-1998, RFDA.1998.1231.

Comité Consultatif National d'Éthique (**CCNE**), **Avis** sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie N°63 - 27 Janvier 2000

（議会報告書・法案等）

Sénat, L'EUTHANASIE, Étude de **législation comparée**, no. LC 155 - janvier 2006

Sénat, LES DOCUMENTS DE TRAVAIL DU SÉNAT, serie **Législation comparée**, no. LC109 (juillet 2002)

N°1929 ASSEMBLÉE NATIONALE DOUZIÈME LÉGISLATURE (Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 novembre 2004) **RAPPORT** (FAIT AU NOM DE LA COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA PROPOSITION DE LOI (n° 1882) DE M. JEAN LEONETTI et plusieurs de ses collègues relative aux droits des malades et à la fin de vie), Rapporteur, M. JEAN LEONETTI

N°659 SÉNAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2009-2010 (Enregistré à la Présidence du Sénat le 12 juillet 2010) **PROPOSITION DE LOI relative à l'aide active à mourir**, PRÉSENTÉE Par M. Jean-Pierre **GODEFROY** et plusieurs de ses collègues

N°31 SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011 (Enregistré à la Présidence du sénat le 13 octobre 2010) **PROPOSITION DE LOI relative à l'euthanasie volontaire**, PRÉSENTÉE Par MM. Guy **FISCHER** et plusieurs de ses collègues

N°228 SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011, (Enregistré à la présidence du Sénat le 18 janvier 2011), **RAPPORT** FAIT au nom de la commission des affaires sociales, Par M. Jean-Pierre **GODEFROY**, Sénateur (後掲・資料53頁以降参照)

N°229 SÉNAT, SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011 (Enregistré à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011) **PROPOSITIONS DE LOI** de M. Jean-Pierre **GODEFROY** et plusieurs de ses collègues relative à l'aide active à mourir, de M. Guy **FISCHER** et plusieurs de ses collègues relative à l'euthanasie volontaire, de M. Alain **FOUCHÉ** relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, **TEXTE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES** (Mme Muquette Dini, présidente)

N°65 SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009 (Annexe au procès-verbal de la séance du 29 octobre 2008)

PROPOSITION DE LOI relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés,

PRÉSENTÉE Par M. Alain **FOUCHÉ** (ou in : Alain **FOUCHÉ**, La légalisation de l'euthanasie, un droit à la mort? Non. Le droit de choisir pour soi-même les conditions de sa propre fin de vie, RGDM no.39, 2011, p.37),

ou N°623 SÉNAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2011-2012 (Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 juillet 2012) **PROPOSITION DE LOI** visant à légaliser une aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, PRÉSENTÉE Par M. Alain **FOUCHÉ**

Sénat JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011 COMPTE RENDU INTÉGRAL Séance du mardi 25 janvier 2011 (64e jour de séance de la session) Année 2011. - No 7 S. (C.R.), p. 399 et al. : 21. Assistance médicalisée pour mourir. - Rejet d'une proposition de loi (Texte de la commission) (p. 399), Discussion générale : MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Proposition de loi n° 312 du 31 janvier 2012, relative à l'assistance médicalisée pour mourir, présentée par M. Jean-Pierre Godefroy et plusieurs autres sénateurs

Proposition de loi n° 586 du 8 juin 2012, relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs, présentée par M. Roland Courteau

（その他団体組織）

Programme de François Hollande : le choix mortel de l'euthanasie, Article rédigé par Pierre-Olivier Arduin, le 28 janvier 2012

l'ADMD, **Livre blanc** «Fin de vie : une nouvelle loi est indispensable» Février 2007

Conseil National de l'**Ordre des Médecins**, L'Assistance médicalisée pour mourir : l'Ordre réagit, 21/01/2011

l'**Alliance** pour les droits de la vie, Stop à l'euthanasie, 2011 Le collectif «Plus digne la vie» et la Société française de soins palliatifs, **Manifesté** citoyen pour la dignité de la personne en fin de vie, 2011

資料（次頁以降参照）

議員提出三法案・委員会採択統一法案 比較対照表 (TABLEAU COMPARATIF)

（追記）本稿は、平成24年度日本学術振興会科学研究費補助(基盤(C)(2)) (研究課題名: 生命倫理における死と自己決

定権)による一成果である。



TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>Code de la santé publique Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.</p>	<p>Proposition de loi relative à l'aide active à mourir</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1110-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « La personne malade a droit au respect de sa dignité et des choix qu'elle opère librement. « À ce titre, elle peut bénéficier, dans les conditions définies dans le présent code, d'une aide active médicalisée à mourir, appelée euthanasie volontaire. »</p>	<p>Proposition de loi relative à l'euthanasie volontaire</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1110-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « La personne malade a droit au respect de sa dignité et des choix qu'elle opère librement. « À ce titre, elle peut bénéficier, dans les conditions définies dans le présent code, d'une aide active médicalisée à mourir, appelée euthanasie volontaire. »</p>	<p>Proposition de loi relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1110-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa liberté et de sa dignité. Elle peut bénéficier, dans les conditions prévues au présent code, d'une aide active à mourir. »</p>	<p>Proposition de loi relative à l'assistance médicalisée pour mourir</p>
<p>Art. L. 1110-9. - Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.</p>	<p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1110-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toute personne majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable, pathologique ou accidentelle, infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être</p>	<p>Article 2</p> <p>L'article L. 1110-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toute personne capable, en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable ou placée dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité, peut</p>	<p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1110-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toute personne capable majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable, pathologique ou accidentelle, infligeant une souffrance physique ou psychique</p>	<p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1110-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toute personne capable majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable, pathologique ou accidentelle, infligeant une souffrance physique ou psychique</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
	<p>apaisée et qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions strictes prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée pour mourir. »</p>	<p>peut demander à bénéficier d'une euthanasie volontaire. »</p>	<p>demander à bénéficier, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée pour mourir. »</p>	<p>qui ne peut être apaisée ou qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée permettant, par un acte délibéré, une mort rapide et sans douleur. »</p>
Article 2	Article 2	Article 4	Article 4	Article 2
Après l'article L.-1111-10 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :	Après l'article L.-1111-10 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :	Après l'article L. 1111-10 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :	Après l'article L. 1111-10-1 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :	Après l'article L. 1111-10 du même code, il est inséré un article L. 1111-10-1 ainsi rédigé :
« Art. L. ... - Lorsqu'une personne majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, ou accidentelle ou pathologique grave et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée et qu'elle juge insupportable, demande à son médecin traitant le bénéfice d'une aide active à mourir, celui-ci doit consulter l'équipe soignante et saisir sans délai au moins deux autres praticiens pour s'assurer de la réalité de la situation dans laquelle se trouve la personne concernée. Il peut également faire appel à tout autre membre du corps médical susceptible de les éclairer, dans les	« Art. L. ... - Une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, ou placée du fait de son état de santé dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité peut demander à son médecin traitant ou à tout médecin de premier recours le bénéfice d'une euthanasie.	« Art. L. 1111-10-1. - Lorsque une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, ou placée du fait de son état de santé dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité, demande à son médecin traitant le bénéfice d'une aide active à mourir, celui-ci saisit sans délai un confrère indépendant pour s'assurer de la réalité de la situation dans laquelle se trouve la personne concernée.	« Art. L. 1111-10-1. - Lorsque en application du dernier alinéa de l'article L. 1110-9, une personne demande à son médecin traitant une assistance médicalisée pour mourir, celui-ci saisit sans délai deux confrères praticiens sans lien avec elle pour s'assurer de la réalité de la situation médicale dans laquelle elle se trouve. Il peut également faire appel à tout autre membre du corps médical susceptible d'apporter des informations complémentaires.	« Art. L. 1111-10-1. - Lorsque en application du dernier alinéa de l'article L. 1110-9, une personne demande à son médecin traitant une assistance médicalisée pour mourir, celui-ci saisit sans délai deux confrères praticiens sans lien avec elle pour s'assurer de la réalité de la situation médicale dans laquelle elle se trouve. Il peut également faire appel à tout autre membre du corps médical susceptible d'apporter des informations complémentaires.

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>conditions définies par voie réglementaire.</p> <p>« Le collègue ainsi formé vérifie le caractère libre, éclairé et réfléchi de la demande présentée, lors d'un entretien au cours duquel ils informent l'intéressé des possibilités qui lui sont offertes par les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie. Les médecins rendent leurs conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai maximum de huit jours.</p>	<p>« Le médecin, saisi de cette demande, saisit sans délai un confrère indépendant pour s'assurer de la réalité de la situation médicale dans laquelle se trouve la personne concernée. Ils vérifient, à l'occasion d'un entretien avec la personne malade, le caractère libre, éclairé et réfléchi de sa demande.</p> <p>« Ils informent la personne malade des possibilités qui lui sont offertes de bénéficier des dispositifs de soins palliatifs compatibles avec sa situation.</p> <p>« Dans un délai maximum de huit jours suivant la première rencontre commune de la personne malade, les médecins lui remettent, en présence de sa personne de confiance, un rapport faisant état de leurs conclusions sur l'état de santé de l'intéressé.</p>	<p>« Les médecins ont la faculté de faire appel à tout autre membre du corps médical susceptible de les éclairer, dans les conditions définies par voie réglementaire. Ils vérifient le caractère libre, éclairé et réfléchi de la demande présentée, lors d'un entretien au cours duquel ils informent l'intéressé des possibilités qui lui sont offertes par les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie. Les médecins rendent leurs conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai maximum de huit jours.</p>	<p>« Le médecin traitant et les médecins qu'il a saisis vérifient, lors de l'entretien avec la personne malade, le caractère libre, éclairé et réfléchi de sa demande. Ils l'informent aussi des possibilités qui lui sont offertes par les dispositifs de soins palliatifs adaptés à sa situation et prennent, si la personne le désire, les mesures nécessaires pour qu'elle puisse effectivement en bénéficier.</p> <p>« Dans un délai maximum de huit jours suivant cette rencontre, les médecins lui remettent, en présence de sa personne de confiance, un rapport faisant état de leurs conclusions sur son état de santé. Si les conclusions des médecins attestent, au regard des données acquises de la science, que l'état de santé de la personne malade est incurable, que sa souffrance physique ou psychique ne peut être apaisée ou qu'elle la juge insupportable, que sa demande est libre, éclairée et réfléchie et s'ils</p>	

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
	<p>« Lorsque les médecins constatent la situation d'impassé dans laquelle se trouve la personne, et le caractère libre, éclairé et réfléchi de sa demande, l'intéressé doit, s'il persiste, confirmer sa volonté en présence de la ou les personnes de confiance qu'il a désignées.</p> <p>« Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide active à mourir pratiqué sous son contrôle ne peut avoir lieu avant l'expiration d'un délai de deux jours à compter de la date de confirmation de la demande. Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de l'intéressé si les médecins précités estiment que cela est de nature à préserver la dignité de celui-ci.</p> <p>« L'intéressé peut à tout moment révoquer sa demande.</p>	<p>« Si les conclusions des médecins attestent au regard des données acquises de la science que l'état de santé de la personne malade est incurable ; que sa demande est libre, éclairée et réfléchie et qu'ils constatent à l'occasion de la remise de leurs conclusions que l'intéressé persiste, en présence de sa personne de confiance, dans sa demande, alors, le médecin traitant doit respecter la volonté de la personne malade.</p> <p>« L'intéressé peut à tout moment révoquer sa demande.</p> <p>« L'acte d'euthanasie est réalisée sous le contrôle du médecin</p>	<p>« Lorsque les médecins constatent la situation d'impassé dans laquelle se trouve la personne, et le caractère libre, éclairé et réfléchi de sa demande, l'intéressé doit, s'il persiste, confirmer sa volonté en présence de sa personne de confiance.</p> <p>« Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide active à mourir pratiqué sous son contrôle ne peut avoir lieu avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la date de confirmation de la demande. Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de l'intéressé si les médecins précités estiment que cela est de nature à préserver la dignité de celui-ci.</p> <p>« L'intéressé peut à tout moment révoquer sa demande.</p>	<p><i>constatent alors qu'elle persiste, en présence de sa personne de confiance, dans sa demande, l'assistance médicalisée pour mourir doit lui être apportée.</i></p> <p><i>« La personne malade peut à tout moment révoquer sa demande.</i></p> <p><i>« L'acte d'assistance médicalisée pour mourir est réalisé sous</i></p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
	<p>traitant ou de premier recours qui a reçu la demande de l'intéressé et a accepté de l'accompagner dans sa démarche et ne peut avoir lieu avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la date de confirmation de sa demande.</p> <p>« Toutefois, si la personne malade en fait la demande, et que les médecins précités estiment que la dégradation de l'état de santé de la personne intéressée le justifie, ce délai peut être abrégé ; la personne peut à tout moment révoquer sa demande.</p>	<p>« Toutefois, si la personne malade en fait la demande, et que les médecins précités estiment que la dégradation de l'état de santé de la personne intéressée le justifie, ce délai peut être abrégé ; la personne peut à tout moment révoquer sa demande.</p>	<p>le contrôle et en présence du médecin traitant qui a reçu la demande et a accepté d'accompagner la personne malade dans sa démarche ou du médecin vers lequel elle a été orientée. Il a lieu après l'expiration d'un délai de huit jours à compter de la date de confirmation de sa demande.</p> <p>« Toutefois, si la personne malade l'exige, et avec l'accord du médecin qui apportera l'assistance, ce délai peut être raccourci. La personne peut à tout moment révoquer sa demande.</p>	<p>« Les conclusions médicales et la confirmation de la demande sont versées au dossier médical. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'acte d'euthanasie, adresse à la commission régionale de contrôle prévue à la présente section un rapport exposant les conditions du décès. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article. »</p>
	<p>« Les conclusions médicales et la confirmation de la demande sont versées au dossier médical. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'acte d'euthanasie, adresse à la commission régionale de contrôle prévue à la présente section un rapport exposant les conditions du décès. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article. »</p>	<p>« Les conclusions médicales et la confirmation de la demande sont versées au dossier médical. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'aide active à mourir, adresse à la commission régionale de contrôle prévue à l'article L. 1111-14 un rapport exposant les conditions du décès. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article. »</p>	<p>« Les conclusions médicales et la confirmation des demandes sont versées au dossier médical de la personne. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté l'assistance adresse à la commission régionale de contrôle mentionnée à l'article L. 1111-13-2 un rapport exposant les conditions dans lesquelles celui-ci s'est déroulé. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article. »</p>	<p>« Les conclusions médicales et la confirmation des demandes sont versées au dossier médical de la personne. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté l'assistance adresse à la commission régionale de contrôle mentionnée à l'article L. 1111-13-2 un rapport exposant les conditions dans lesquelles celui-ci s'est déroulé. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article. »</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révoquées à tout moment.</p> <p>À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'intervention ou de traitement la concernant.</p>	<p>Article 3</p> <p>L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie. Elles sont révoquées à tout moment.</p>	<p>Article 5</p> <p>L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées, appelées "testament de vie" pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie. Elles sont révoquées à tout moment.</p> <p>« Le testament de vie établi moins de trois ans avant la situation d'inconscience de son auteur s'impose aux médecins.</p>	<p>Article 5</p> <p>L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie. Elles sont révoquées à tout moment. À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin doit en tenir compte pour toute décision la concernant.</p>	<p>Article 3</p> <p>L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 1111-11. - Toute personne capable majeure peut rédiger des directives anticipées relatives à la fin de sa vie pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont modifiables ou révoquées à tout moment.</p> <p>« À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin doit en tenir compte pour toute décision la concernant.</p> <p>« Dans ces directives, la personne indique ses souhaits en matière de limitation ou d'arrêt des traitements et, le cas échéant, les circonstances dans lesquelles elle désire bénéficier d'une assistance médicalisée pour mourir telle que régie par l'article L. 1111-10-1. Elle</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>document la ou les personnes de confiance chargées de la représenter le moment venu. Les directives anticipées sont inscrites sur un registre national automatisé tenu par la Commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité, instituée par l'article L. 1111-14 du présent code. Toutefois, cet enregistrement ne constitue pas une condition de validité du document.</p>	<p>document la ou les personnes de confiance chargées de la représenter le moment venu. Les directives anticipées sont inscrites sur un registre national automatisé tenu par la Commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité, instituée par l'article L. 1111-14 du présent code. Toutefois, cet enregistrement ne constitue pas une condition de validité du document.</p>	<p>la personne qu'elle considère être sa personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 afin qu'elle la représente pour le cas où elle ne serait plus en capacité de faire valoir elle-même ses propres volontés. « Les testaments de vie sont inscrits sur un registre national automatisé dont la gestion est confiée à la Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'euthanasie volontaire. Toutefois, cette condition de forme ne peut être opposée à la recevabilité du document visé à cet article.</p>	<p>document la personne de confiance chargée de la représenter le moment venu. « Les directives anticipées sont inscrites sur un registre national automatisé tenu par la Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'aide active à mourir. Toutefois, cet enregistrement ne constitue pas une condition de validité du document.</p>	<p>désigne dans ce document la ou les personnes de confiance chargées de la représenter le moment venu. Les directives anticipées sont inscrites sur un registre national automatisé tenu par la commission nationale de contrôle des pratiques relatives à l'assistance médicalisée pour mourir mentionnée à l'article L. 1111-13-2. Toutefois, cet enregistrement ne constitue pas une condition de validité du document.</p>
<p>Un décret en Conseil d'État définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.</p>	<p>« Les modalités de gestion du registre et la procédure de communication des directives anticipées à la commission susvisée ou au médecin traitant qui en fait la demande sont définies par décret en Conseil d'État. »</p>	<p>« Les modalités de gestion du registre et la procédure de communications des testaments de vie à la commission visée à cet article ou au médecin traitant qui en fait la demande sont définies par décret. »</p>	<p>« Les modalités de gestion du registre et la procédure de communication des directives anticipées à la commission susvisée ou au médecin traitant qui en fait la demande sont définies par décret en Conseil d'État. »</p>	<p>« Les modalités de gestion du registre et la procédure de communication des directives anticipées au médecin traitant qui en fait la demande sont définies par décret en Conseil d'État. »</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>PREMIÈRE PARTIE Protection générale de la santé LIVRE I^{ER} Protection des personnes en matière de santé TITRE I^{ER} Droits des personnes malades et des usagers du système de santé CHAPITRE I^{ER} Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté Section 2 Expression de la volonté des malades en fin de vie</p>	<p>Article 4 Après l'article L. 1111-13 du même code, sont insérés trois articles ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. ... - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable, qui se trouve dans l'incapacité physique et incurable, se trouve de manière définitive dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée, elle peut néanmoins bénéficier d'une aide active à mourir à la condition que cette volonté résulte de ses directives anticipées établies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11. La ou les personnes de confiance</p>	<p>Article 6 Après l'article L. 1111-13 du même code sont insérés trois articles ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. ... - Une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qui se trouve dans l'incapacité physique et incurable, se trouve de manière définitive dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée, elle peut néanmoins bénéficier d'une aide active à mourir à la condition que cette volonté résulte de ses directives anticipées établies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11.</p>	<p>Article 6 Après l'article L. 1111-13-1 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1111-13-1. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, se trouve dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée, elle peut néanmoins bénéficier d'une aide active à mourir à la condition que cette volonté résulte de ses directives anticipées établies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11.</p>	<p>Article 4 La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1111-13-1 ainsi rédigé : « Art. L. 1111-13-1. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, se trouve de manière définitive dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée, elle peut bénéficier d'une assistance médicalisée pour mourir à la condition que celle-ci figure expressément dans ses directives anticipées établies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11.</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
	<p>saisissent de la demande le médecin traitant qui la transmet à deux autres praticiens au moins. Après avoir consulté l'équipe médicale et les personnes qui assistent au quotidien l'intéressé, et tout autre membre du corps médical susceptible de les éclairer dans les conditions définies par voie réglementaire, les médecins établissent, dans un délai de huit jours au plus, un rapport déterminant si l'état de la personne concernée justifie qu'il soit mis fin à ses jours.</p> <p>« Lorsque le rapport conclut à la possibilité d'une aide active à mourir, la ou les personnes de confiance doivent confirmer sa demande en présence de deux témoins n'ayant aucun intérêt matériel ou moral au décès de la personne concernée. Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide active à mourir ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai de deux jours à compter de la date de confirmation de la demande.</p>	<p>désignée dans ce document saisis de la demande le médecin traitant qui la transmet sans délai à un confrère indépendant. Après avoir consulté l'équipe médicale et les personnes qui assistent quotidiennement l'intéressé et tout autre membre du corps médical susceptible de les éclairer, les médecins établissent dans un délai de quinze jours au plus, un rapport dont les conclusions précisent si l'état de la personne auteur du testament de vie justifie, conformément à sa volonté, le bénéfice d'une euthanasie.</p> <p>« Lorsque le rapport conclut à l'adéquation entre la demande d'euthanasie exprimée par la personne dans son testament de vie et sa situation médicale, la personne de confiance doit confirmer cette demande, en présence de deux témoins n'ayant aucun intérêt matériel ou moral au décès de la personne concernée. L'acte d'aide active à mourir ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la date de confirmation de la demande. « Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de la personne</p>	<p>saisit de la demande le médecin traitant qui la transmet sans délai à un confrère indépendant. Après avoir consulté l'équipe médicale et les personnes qui assistent au quotidien l'intéressé, et tout autre membre du corps médical susceptible de les éclairer dans les conditions définies par voie réglementaire, les médecins établissent, dans un délai de quinze jours au plus, un rapport déterminant si l'état de la personne concernée justifie qu'il soit mis fin à ses jours.</p> <p>« Lorsque le rapport conclut à la possibilité d'une aide active à mourir, la personne de confiance doit confirmer sa demande en présence de deux témoins n'ayant aucun intérêt matériel ou moral au décès de la personne concernée. Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide active à mourir ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la date de confirmation de la demande. Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de la personne de confiance si les médecins précités</p>	<p>« Sa ou ses personnes de confiance en font alors la demande à son médecin traitant qui la transmet à deux autres praticiens au moins. Après avoir consulté l'équipe médicale, les personnes qui assistent au quotidien la personne malade et tout autre membre du corps médical susceptible de les éclairer, les médecins établissent, dans un délai de quinze jours au plus, un rapport déterminant si elle remplit les conditions pour bénéficier d'une assistance médicalisée pour mourir.</p> <p>« Lorsque le rapport conclut à la possibilité d'une assistance médicalisée pour mourir, la ou les personnes de confiance doivent confirmer le caractère libre, éclairé et réfléchi de la demande anticipée de la personne malade en présence de deux témoins n'ayant aucun intérêt matériel ou moral à son décès. L'assistance médicalisée pour mourir est alors apportée après l'expiration d'un délai d'au moins deux jours à compter de la date de confirmation de la demande.</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
	<p>« Le rapport mentionné des médecins est versé au dossier médical de l'intéressé. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'aide active à mourir adresse à la commission régionale de contrôle prévue à la présente section un rapport exposant les conditions dans lesquelles celui-ci s'est déroulé. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article, ainsi que les directives anticipées. »</p>	<p>de confiance si les médecins précités dans cet article estiment que cela est de nature à préserver la dignité de la personne et dans le respect de son testament de vie.</p> <p>« Le rapport mentionné est versé au dossier médical de l'intéressé.</p> <p>« Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'euthanasie de la personne malade adresse à la commission régionale de contrôle prévue au présent code, un rapport exposant les conditions dans lesquelles cette euthanasie s'est déroulée. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article, ainsi que le testament de vie de la personne malade.</p>	<p>estiment que cela est de nature à préserver la dignité de la personne.</p> <p>« Le rapport mentionné des médecins est versé au dossier médical de l'intéressé.</p> <p>« Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'aide active à mourir adresse à la commission régionale de contrôle prévue à l'article L. 1111-14 un rapport exposant les conditions dans lesquelles celui-ci s'est déroulé. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article, ainsi que les directives anticipées. »</p>	<p>« Le rapport des médecins est versé au dossier médical de l'intéressé. Dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'assistance médicalisée pour mourir adresse à la commission régionale de contrôle mentionnée à l'article L. 1111-13-2 un rapport exposant les conditions dans lesquelles celui-ci s'est déroulé. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article, ainsi que les directives anticipées. »</p>
	<p>« Art. L. ... - II est institué auprès du garde des sceaux, ministre</p>	<p>« Art. L. ... - II est institué auprès du garde des sceaux, ministre</p>	<p>« Art. L. 1111-14. - II est institué auprès du garde des sceaux, ministre</p>	<p>Article 5</p> <p>La même section 2 est complétée par deux articles L. 1111-13-2 et L. 1111-13-3 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 1111-13-2. - II est institué auprès du garde des sceaux,</p>
	<p>Article 7</p> <p>Après l'article L. 1111-13 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :</p>	<p>Article 7</p> <p>Après l'article L. 1111-13 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :</p>	<p>Article 7</p> <p>Après l'article L. 1111-13 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :</p>	<p>Article 5</p> <p>La même section 2 est complétée par deux articles L. 1111-13-2 et L. 1111-13-3 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 1111-13-2. - II est institué auprès du garde des sceaux,</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
	<p>de la justice, et du ministre chargé de la santé, un organisme dénommé "Commission nationale de contrôle des pratiques relatives aux demandes d'aide active à mourir". Il est institué dans chaque région une commission régionale présidée par le représentant de l'État. Elle est chargée de contrôler, chaque fois qu'elle est rendue destinataire d'un rapport d'aide active à mourir, si les exigences légales ont été respectées.</p> <p>« Lorsqu'elle estime que ces exigences n'ont pas été respectées ou en cas de doute, elle transmet le dossier à la commission susvisée qui, après examen, dispose de la faculté de le transmettre au Procureur de la République. Les règles relatives à la composition ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement des commissions susvisées sont définies par décret en Conseil d'État.</p>	<p>de la justice, et du ministre chargé de la santé, un organisme dénommé "Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'euthanasie volontaire".</p> <p>« Il est institué dans chaque région une commission régionale présidée par le préfet de région ou son représentant. Elle est chargée de contrôler, chaque fois qu'elle est rendue destinataire d'un rapport d'euthanasie volontaire, si les exigences légales ont été respectées. Lorsqu'elle estime que ces exigences n'ont pas été respectées ou en cas de doute, elle transmet le dossier à la commission susvisée qui, après examen, dispose de la faculté de le transmettre au Procureur de la République.</p> <p>« Les règles relatives à la composition ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement des commissions susvisées sont définies par décret en Conseil d'État.</p>	<p>ministre de la justice, et du ministre chargé de la santé, un organisme dénommé "Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'aide active à mourir".</p> <p>« Il est institué dans chaque région une commission régionale présidée par le préfet de région ou son représentant. Elle est chargée de contrôler, chaque fois qu'elle est rendue destinataire d'un rapport d'aide active à mourir, si les exigences légales ont été respectées. Lorsqu'elle estime que ces exigences n'ont pas été respectées ou en cas de doute, elle transmet le dossier à la commission susvisée qui, après examen, dispose de la faculté de le transmettre au Procureur de la République.</p> <p>« Les règles relatives à la composition ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement des commissions susvisées sont définies par décret en Conseil d'État. »</p>	<p>ministre de la justice, et du ministre en charge de la santé, une commission nationale de contrôle des pratiques relatives aux demandes d'assistance médicalisée pour mourir. Il est également institué dans chaque région une commission régionale présidée par le représentant de l'État. Celle-ci est chargée de contrôler, chaque fois qu'elle est rendue destinataire d'un rapport d'assistance médicalisée pour mourir, si les exigences légales ont été respectées.</p> <p>« Lorsqu'elle estime que ces exigences n'ont pas été respectées ou en cas de doute, elle transmet le dossier à la commission nationale qui, après examen, peut en saisir le Procureur de la République. Les règles relatives à la composition ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement des commissions susvisées sont définies par décret en Conseil d'État. »</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>Art. L. 1110-5. - Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer</p>	<p>« Art. L. ... - Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle était partie la personne dont la mort résulte d'une aide active à mourir mise en œuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de la santé publique. Toute clause contraire est réputée non écrite. »</p>	<p>« Art. L. ... - Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle était partie la personne dont la mort résulte d'une euthanasie volontaire mise en œuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de la santé publique. Toute clause contraire est réputée non écrite. »</p>	<p>Après l'article L. 1111-13 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé : Article 8 « Art. L. 1111-15. - Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle était partie la personne dont la mort résulte d'une aide active à mourir mise en œuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de la santé publique. Toute clause contraire est réputée non écrite. »</p>	<p>« Art. L. 1111-13-3. - Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle était partie la personne dont la mort résulte d'une assistance médicalisée pour mourir mise en œuvre selon les conditions et procédures prescrites aux articles L. 1111-10 et L. 1111-11. Toute clause contraire est réputée non écrite. »</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.</p>	<p>Article 5</p> <p>Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :</p> <p>« Les professionnels de santé ne sont pas tenus d'apporter leur concours à la mise en œuvre d'une aide active à mourir ni de suivre la formation dispensée par l'établissement en application de l'article L. 1112-4. Le refus du médecin, ou de tout membre de l'équipe soignante, de prêter son assistance à une aide active à mourir est notifié à l'auteur de la demande. Dans ce cas, le médecin est tenu de l'orienter immédiatement vers un autre praticien susceptible de déférer à cette demande. »</p>	<p>Article 3</p> <p>Après l'article L. 1111-4 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. - Les professionnels de santé ne sont pas tenus d'apporter leur concours à la mise en œuvre d'un acte d'euthanasie volontaire.</p> <p>« Le refus du professionnel de santé est notifié sans délai à l'auteur de cette demande ou, le cas échéant, à sa personne de confiance. Afin d'éviter que son refus n'ait pour conséquence de priver d'effet cette demande, il est tenu de l'orienter immédiatement vers un autre praticien susceptible d'y déférer. »</p>	<p>Article 3</p> <p>Après l'article L. 1111-4-1 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1111-4-1. - Les professionnels de santé ne sont pas tenus d'apporter leur concours à la mise en œuvre d'une aide active à mourir. Le refus du médecin de prêter son assistance à une aide active à mourir est notifié sans délai à l'auteur de la demande. Dans ce cas, le médecin est tenu de l'orienter immédiatement vers un autre praticien susceptible de déférer à cette demande. »</p>	<p>Article 6</p> <p><i>Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du même code est complété par trois phrases ainsi rédigées :</i></p> <p>« Les professionnels de santé ne sont pas tenus d'apporter leur concours à la mise en œuvre d'une assistance médicalisée pour mourir ni de suivre la formation dispensée par l'établissement en application de l'article L. 1112-4. Le refus du médecin ou de tout membre de l'équipe soignante de participer à une procédure d'assistance médicalisée pour mourir est notifié au demandeur. Dans ce cas, le médecin est tenu de l'orienter immédiatement vers un autre praticien susceptible de déférer à sa demande. »</p>

Art. L. 1112-4. - Les

établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionné aux articles L. 6114-1, L. 6114-2 et L. 6114-3.</p> <p>Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale et continue des professionnels de santé et diffusent, en liaison avec les autres établissements de santé publics ou privés, les connaissances acquises, y compris aux équipes soignantes, en vue de permettre la réalisation de ces objectifs en ville comme dans les établissements. Ils favorisent le développement de la recherche.</p> <p>.....</p>	<p>Article 6</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-4 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ils assurent également, dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé, une formation sur les conditions de réalisation d'une aide active à mourir. »</p>			<p>Article 7</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-4 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ils assurent également, dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé, une formation sur les conditions de réalisation d'une assistance médicalisée pour mourir. »</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi n° 659 (2009-2010) relative à l'aide active à mourir	Texte de la proposition de loi n° 31 (2010-2011) relative à l'euthanasie volontaire	Texte de la proposition de loi n° 65 (2008-2009) relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés	Texte de la commission
<p>—</p>	<p>Article 7</p> <p>Les charges éventuelles qui résulteraient pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés par les articles 575 et 575 A du code général des impôts.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>